SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SEBASTIAN ANDRES HURTADO GARZON**			**CC:**	**1069765222**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SEBASTIANHURTADO26@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3106524301**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 42 72K 41 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488403432823**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2148 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.036.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

SEBASTIAN ANDRES HURTADO GARZON
PS_2148_2026_8ADFF3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SEBASTIAN ANDRES HURTADO GARZON
CC: 1069765222
CEL: 3106524301

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
SEBASTIAN ANDRES HURTADO GARZON			
	CON C.C N°	**1.069.765.222**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2148 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**240**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.225.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.036.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	APOYAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ATENCIÓN, COMO SON: TOMA DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL, INYECTOLOGÍA, ENTREGA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS, CURACIONES Y PROGRAMA DE CRÓNICOS, ENTRE OTROS.
2	APOYAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, EN TEMAS RELACIONADOS A LAS PATOLOGÍAS PRINCIPALES, DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
3	APOYAR LA REALIZACIÓN CHARLAS EDUCATIVAS EN TEMAS DE SALUBRIDAD Y AUTOCUIDADO, DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS Y APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DETECCIÓN DE VIH Y SÍFILIS.
4	APOYAR DURANTE EL TRÁMITE DE EGRESO DEL PRIVADO DE LA LIBERTAD, LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y/O DOCUMENTACIÓN IMPORTANTE DE SALUD, PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, CITA(S) POR ESPECIALISTA(S) Y TERAPIA(S) QUE SE ENCUENTRE(N) EN TRÁMITE.
5	REALIZAR RECORRIDO POR EL ÁREA DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD VALORANDO AL PERSONAL PRIVADO DE LIBERTAD QUE SE ENCUENTRE SEGREGADO POR MOTIVOS DE SALUD.
6	REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD PÚBLICA MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD.
7	GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN SITUACIONES DE URGENCIAS MÉDICAS, CRISIS Y CONTINGENCIAS DE SALUD, EN LAS CONSOLAS POR PRIMER Y SEGUNDO PISO.
8	APOYAR EL EXAMEN MÉDICO EL DÍA DEL INGRESO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084666373	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/28	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/28	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/28	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*SEBASTIAN ANDRES HURTADO GARZON* *PS_2148_2026_8ADFF3* **SEBASTIAN ANDRES HURTADO GARZON** **CC: 1069765222**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_2148_2026_8ADFF3* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-09-28, 03:25:44 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1084666373

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

Cliente:

PAGADA 2026-09-28

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SEBASTIAN ANDRES HURTADO GARZON				
Documento	CC 1069765222	**Dirección**	CR 72J SUR #40 C - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3106524301		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1069765222		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					HURTADO GARZON SEBASTIAN ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
1 PS 2148 2026 CRP -9024.pdf	1 PS 2148 2026 CRP -9024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026..pdf	PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2 PS 2148 2026 CRP -16298.PDF	2 PS 2148 2026 CRP -16298.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf	PS 2148 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >